EMPLOYMENT COMPLAINT FORM

DOCUMENTO PARA UNA QUEJA DE EMPLEO

Enviar a:
KENTUCKY LABOR CABINET
1047 US Highway 127 S – Suite 4
Frankfort KY 40601-4381
Telephone: 502-564-3534 ~ Fax: 502-696-1897
www.labor.ky.gov

Información Personal	
Nombre Completo:	**Sueldo Actual por hora ó sueldo total:**
Dirección del hogar:	**Cantidad que se le debe:**
Ciudad, Estado y Código Postal:	**Correo electrónico:**
Número de Seguro social:	**Número de celular:**
Teléfono del hogar:	

Describa el tipo de queja:

Firmando abajo, ❑ **Usted autoriza al Gabinete de trabajo en Kentucky para que se use su nombre durante el transcurso de esta investigación.**

❑ **No, yo no autorizo al Gabinete de trabajo en Kentucky para que use mi nombre en esta investigación.**

Fecha: _____ **Firma:**_____

Información del empleador		
Nombre del empleador:		
Nombre del empleador representante:		**Título:**
Dirección del empleador en Kentucky:		**Teléfono del empleador:**
Ciudad:	**Condado:**	**Código postal:**
Si la dirección de la oficina está fuera del estado, escríbalo aquí:		
Periodo de empleo desde:	**Hasta:**	
Nombre de su puesto y describa el trabajo desempeñado:		

DO NOT WRITE IN THE SECTION BELOW/NO ESCRIBA DESPUES DE ESTAS LINEAS:
Case Number:
Assigned to:
Date Assigned:
Type of Compliant:
Assigned by:

DO NOT WRITE ON THE BACK OF THIS FORM – ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NEEDED/ ADHIERALE MAS HOJAS SI NECESITA MAS ESPACIO, POR FAVOR NO ESCRIBA DETRAS DE ESTA HOJA